

Sammanbrott – går det att prognostisera i MTFC med hjälp av PDR- listor?

Christopher Zaar

Vt-09



Handledare: Martin Olsson

Abstract

Author: Christopher Zaar

Title: Breakdown – is it possible to prognosticate in MTFC with the help of PDR-lists?

Supervisor: Martin Olsson

Assessor: Anders Östnäs

In Sweden in 2007 10100 children and youth were placed in some kind of twenty-four-hour care. The majority of these placings were in so called family homes and the most common reason for placing a youth in such a home was anti social behavior. The family home placing for the youth that showed anti social behavior often ended in a breakdown. Today there is a method which works with family homes and youth with anti social behavior, Multidimensional Treatment Foster Care. Within this method an assessment sheet is used with the purpose of checking behavioral changes in the youth and this tool is called Parent Daily Report (PDR). The aim of this essay has been to inquire into whether or not there was a statistic connection between the results of the Parent Daily Report (PDR) lists and a breakdown in Multidimensional Treatment Foster Care. The study is based on a total of 200 lists. Questions such as “What factors are there which might reduce the risk of breakdown?” and “Does the MTFC method have fewer breakdowns compared to the traditional family home care in Sweden?” The most important conclusion that this study has come to is that there is a statistic connection between breakdowns in MTFC and the PDR lists.

Keywords: Breakdown, Multidimensional Treatment Foster Care, Parent Daily Report lists, Antisocial, conduct disorder.

Innehållsförteckning

Förord	4
1. Inledning.....	5
1.1 Problemformulering.....	5
1.2 Syfte.....	6
1.3 Frågeställning	6
2. Tidigare forskning	7
2.1 Sammanbrott.....	7
2.2 MTFC programmet.....	9
2.3 Familjesystemteori.....	12
2.4 Risk- och skyddsfaktorer	13
2.4.1 Riskfaktorer	13
2.4.2 Skyddsfaktorer	14
2.5 Social inlärningsteori.....	14
2.6 Parent Daily Report – listor	15
2.6.1 Internationell forskning kopplat till PDR listor.....	16
3. Metod	16
3.1 Familjeforum AB i Lund	16
3.1 Tillvägagångssätt	17
3.3 Statistiska metoder.....	19
3.4 Etiska övervägande.....	20
3.5 Sökord databaser.....	20
3.6 Metodologiska begränsningar.....	20
4. Resultat.....	20
4.1 Sammanbrott.....	21
4.2 PDR - listor och medelvärde	21
4.3 Positiva och negativa beteende.....	22
4.4 Medelvärde på negativa beteenden.....	26
5. Analytisk diskussion	26
5.2 Slut diskussion.....	29
6. Referenslista.....	32
Bilaga 1.....	35
Bilaga 2.....	36

Förord

Jag vill rikta ett stort tack till professor Kjell Hansson som inspirerat mig till att fördjupa mig i detta ämne och genomföra denna kvantitativa uppsats.

Tack till Ph. D Martin Olsson för dina konkreta tips och tydliga metaforer när jag kört fast. Ett ännu större tack för att du varit tillgänglig dygnet runt när uppsatsskrivandet varit som intensivast.

Tack till Cina Blomberg vid Familjeforum AB för ditt vänliga bemötande och all din hjälp med att samla in det datamaterial som jag behövt till arbetet.

Till sist men absolut inte minst, min underbara familj. Under de långa stunder då ni fått höra ”pappa jobbar”, ”pappa kommer snart” eller ”stör inte pappa”... ni betyder allt, tack!

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Riksdagsrevisionen fick i uppdrag under 1990 – talet att granska familjehemsvården och hur denna fungerade (rapport 2001/02:16). De kom då fram till att stöd och handledning, tillsyn samt utbildning inom familjehemsvården var bristfällig på både central, regional och lokal nivå. Detta togs som en indikation på samhällets syn när det gäller familjehemsvården och att positionerna för familjehemsvården borde flyttas fram. En förändring som infördes var en statlig kontroll av familjehemsvården förutom denna var det låg aktivitet inom området. År 2001 gjordes åter en ny granskning av riksdagens revisioner och även då framkom stora brister inom familjehemsvården (rapport 2001/02:16). En del av de problemområden som revisorerna framhöll var de dåliga skolresultaten som familjehems placerade barn uppvisade samt att mellan 40-50% av tonårs placeringar ledde till sammanbrott med en liten reservation angående hur sammanbrott definieras. En annan punkt som togs upp var det att socialtjänsten inte använde någon strukturerad metod för att följa upp familjehems placerade barns utveckling (2002/03: RR:8, s.3). Metodutvecklingen inom familjehemsvården är dålig enligt riksdagens revisorer vilket inte är bra då barn som placeras i familjehem är mycket utsatta och därför är det mycket viktigt att detta blir bättre 2002/03: RR8).

År 2007 befann sig 10100 ungdomar i åldern 13-17 i någon form av dygnsvård i Sverige (rapport, 2008:9). Dygnsvårdsplaceringar är absolut en av det mest kostnadskrävande insatserna som socialtjänsten gör men trots detta finns det relativt lite forskning rörande dessa insatser (Vinnerljung, 2001). En stor andel av dessa dygnsvårdsinsatser görs i så kallade familjehem och ett av det vanligaste skälet till att en ungdom placeras i ett familjehem är att de uppvisar ett antisocialt beteende (Vinnerljung, 2006). Ett övervägande antal av de ungdomar som familjehemsplaceras och uppvisar ett antisocialt beteende avslutas med ett så kallat sammanbrott vilket sker i 57 % av fallen. Med antisocialt beteende ses bland annat beteende som kriminalitet, missbruk och aggressivitet (Andershed & Andershed, 2005). Faktorn antisocialt beteende har en hög signifikans när det gäller sammanbrott inom fosterhems placeringar. (Vinnerljung et al., 2001). En annan problematisk faktor är att för varje sammanbrott ett barn genomgår så minskar chanserna för att nästa placering skall bli lyckad (Vinnerljung, 2001).

Trots att det är en stor andel familjehemsplacerade ungdomar som har ett antisocialt beteende och genomgår sammanbrott så finns det inte mycket vetenskapliga metoder för hur man bör

arbetet med dessa ungdomar (Hansson et al, 2001; Sallnäs et al, 2004). Enligt Lagerberg och Sundelin, (2003) är ungdomar med antisocialt beteende en av de viktigaste målgrupperna som socialtjänsten arbetar med, då det åligger socialtjänsten att upprätthålla socialtjänstlagens intention att förhindra en ogynnsam utveckling för barn och unga.

I Social rapport (2006) går det att läsa bland annat att barn och ungdomar som någon gång har varit placerade i någon form av dygnsvård i Sverige löper stor risk att utvecklas ogynnsamt i flera hänseenden, så som till exempel att gå ut i livet med enbart grundskoleutbildning, att bli tonårsförälder, att utveckla någon psykisk sjukdom eller att begå självmord. Familjehemsvården som är den del av dygnsvården brottas även med dessa problem och de barn och ungdomar som genomgår ett sammanbrott kan i hög grad sammankopplas med ovanstående risk faktorer. Problematiken kring sammanbrott inom dygnsvården är inte enbart begränsat till de barn som placerats i tonåren utan det gäller även de barn som placerats under tidig ålder och varit i vård under många år. Det är inte enbart i Sverige som problem inom dygnsvården med sammanbrott som konsekvens utan detta sker även i andra. Social rapport (2006) tar också upp att resultaten av dagens dygnsvård inte är tillräckligt tillfredställande och att dagens dygnsvård består av mycket outvärderade insatser.

I USA har det under senare år utvecklats metoder i syfte att arbeta med de barn och ungdomar som uppvisar ett antisocialtbeteende och riskerar att hamna i någon form av dygnsvård, som i sin tur kan leda till ett sammanbrott. En av dessa metoder är Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) som är en vetenskapligt beforskad metod. I MTFC metoden finns det ett par centrala komponenter som bygger på varandra varav en av dessa komponenter kallas Parent Daily Report - list (PDR) .

1.2 Syfte

Syftet med uppsatsen är att försöka undersöka om det finns ett statistiskt samband mellan poängen på Parent Daily Report - listorna och sammanbrott.

1.3 Frågeställning

- Vilka faktorer finns för att eventuellt minska risken för ett sammanbrott inom Multidimensional Treatment Foster Care?
- Har MTFC metoden färre sammanbrott än den traditionell familjehemsvård i Sverige?

2. Tidigare forskning

Jag kommer i detta avsnitt lyfta fram den tidigare forskning som jag funnit intressant och viktigt för min uppsats samt klargöra uppsatsens definition av sammanbrott.

Inom den svenska familjehemsforskningen är det främsta Professor Bo Vinnerljungs forskning kring sammanbrott vid tonårsplaceringar som nämns, även om det finns andra studier gjorda så är dessa av den deskriptiva karaktären. Professor Bo Vinnerljung arbetar på Socialstyrelsen vid Epidemiologiskt Centrum (EpC) samt vid Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) (Denvall & Vinnerljung, 2006). I uppsatsen kommer Vinnerljungs forskning att användas i hög grad då hans forskning precis som denna uppsats använder sig av aggressionsanalyser kring sammanbrott.

En skrift som svenska forskare ofta hänvisar till i familjevårdssammanhang är Håkan Jönssons rapport SoS 1995:9 där Håkan Jönsson undersöker sammanbrott inom familjehem i tre olika kommuner under början av 1990 talet och denna studie är den första svenska studien som satte fokus på svensk sammanbrottsforskning.

Förutom dessa så är den tidigare svenska forskningen kring sammanbrott tämligen begränsad och till viss del är så även den internationella (Vinnerljung et al, 2001).

2.1 Sammanbrott

En svår uppgift att få till stånd gällande sammanbrott är att finna en gemensam definition från forskningsfältet på detta fenomen. Av den sammanbrottsforskning som skett definieras sammanbrott på olika sätt beroende på vad för sorts studie som gjorts. Vid de tillfällen då man gjort aktstudier så har till exempel de ämbeten som arbetar med familjehemsvård definierat sammanbrott på olika sätt. Det har också varit svårt att få klarhet i vad för typ av placering som gjorts, ålder på barn, om det varit longitudinella studier eller tvärsnittsstudier. Dessa faktorer gör det extremt svårt att fånga upp en gemensam definition på fenomenet sammanbrott. Utifrån detta blir det då också svårt att sammanfatta de forskningsresultat som framkommit på ett adekvat sätt (Vinnerljung, 2001). För att försöka ge en bild av den forskning som finns kring sammanbrott både i Sverige men även internationellt kommer en kort genomgång av den forskning som finns att presenteras nedan.

Studier angående sammanbrott av internationell karaktär går att ta del av i relativ stor utsträckning. Problemet är som nämnts tidigare att forskare lagt upp sina studier på olika sätt och

då främst på ett deskriptivt sätt, vilket gör att det blir svårt att sammanfatta vad forskningen säger om sammanbrott på ett nyanserat sätt. Förutsättningen för att göra en relevant översikt över kunskapsläget kring sammanbrott är att definiera begreppet sammanbrott så att forskarna kan vara överens om vad det är som skall undersökas (Vinnerljung et al, 2001).

Studerar man de amerikanska studierna så visar en stor mängd av dem att släkting placeringar råkar ut för mycket färre sammanbrott än övriga placeringsformer. I engelska studier kan man utläsa att om det skedde sammanbrott så skedde det oftast tidigt i placeringen. I långtidsplaceringarna så skedde det sammanbrott i 40 % av fallen under första året, varav 20 % skedde under de tre första månaderna. I de utländska studierna kunde man också se att ju äldre barnen var desto större risk fanns det för sammanbrott. Det vill säga ju yngre barn var vid en familjehemsplacering desto färre sammanbrott. När det gäller kön så fanns det inga eller svaga samband till sammanbrott om man diskuterar kön som enskild faktor men däremot fanns det ett samband vid sammanbrott om barnet påvisade ett antisocialt beteende. Att se samband mellan sammanbrott och barnets ursprungsföräldrar var väldigt svårt. Oavsett hur föräldrarna hade agerat under barnets placering så var deras kontakt med barnet inte en faktor som framkallade sammanbrott. God relation mellan socialarbetaren, barnet och fosterföräldrarna minskade avsevärt risken för sammanbrott och fick dessutom fosterföräldrarna någon form av utbildning och stöd från socialtjänsten så minskade sammanbrottsrisken ännu mer (Vinnerljung et al, 2001).

Inom den traditionella svenska familjehemsvården sker det mellan 41-51% sammanbrott beroende på hur sammanbrott definieras (Vinnerljung et al, 2001). På den svenska forskningen har det gjorts regressionsanalys på olika faktorer och där har forskare kommit fram till att antisocialt beteende hos tonåringen vid placering ökar risken för sammanbrott oavsett om det finns andra mindre gynnsamma bakgrundsfaktorer. Tonåringar med asocialt beteende som placeras i familjehem har en sammanbrotts statistik på 57 %. Faktorer som ligger på gränsen till signifikans är missbruk i hemmet under uppväxten och sammanbrott direkt före placering det vill säga om en placering görs direkt efter ett sammanbrott. Har tonåringen rymt eller blivit utstött under sin uppväxt ökar risken för ett sammanbrott om de placeras i ett fosterhem. Att placera tonåringen i ett "vanligt fosterhem" i stället för ett släktinghem ökar också risken för sammanbrott. I den svenska forskningen finner forskare också en signifikans på att det oftare blir sammanbrott för flickor än för pojkar (Vinnerljung et al, 2001).

I uppsatsen kommer definitionen sammanbrott att definieras på följande sätt:

- När familjehemmet eller vårdgivaren avbryter vården trots att socialtjänsten motsätter sig detta.
- När tonåringen avviker eller vägrar stanna kvar i familjehemmet vilket gör att placeringen är tvungen att avslutas mot socialtjänstens vilja.
- När socialtjänsten avbryter vården på grund av missnöje med vården.

(Vinnerljung et al, 2001; Egelund & Vitus, 2007)

Eftersom att sammanbrott i dygnsvård är ett återkommande problem och dessutom medför negativa konsekvenser och följder för barn och ungdomars fortsatta utveckling, bör det fokuseras på att utveckla metoder som kan hantera denna problematik på ett adekvat sätt (Social rapport, 2006). En sådan metod som implementerats i Sverige under senare år är MTFC metoden som ursprungligen utvecklats och använts i USA, men sedan början av 2000 – talet även implementerats i Sverige.

2.2 MTFC programmet

År 1983 startade utvecklingen av Multidimensional Treatment Foster Care av Ph.D. Patricia Chamberlain och kollegor i Eugene, Oregon . Syftet med programmet var att ge ungdomar ett alternativ till institutionsplacering och ungdomsfängelse (Chamberlain, 2003). Förfrågningen angående att starta upp en verksamhet samt de ekonomiska möjligheterna för att utveckla programmet kom från delstaten Oregon och ställdes till Oregon Social Learning Center, OSLC. Från början riktade sig programmet mot ungdomar med allvarliga psykiska och känslomässiga problem som skulle skrivas ut från vård på sjukhus. Under de 20 åren som programmet pågått så har det genomförts en mängd olika studier ämnade för att hitta vilka faktorer som predicerar asocialt beteende och psykiskt hälsorelaterade problem hos ungdomar (MTFC, 2007). Under åren som gått så har programmet utvecklats och olika målgrupper har införts och idag finns det tre olika varianter av programmet:

- MTFC-P (preschool) riktat mot barn i åldrarna 3–5 år,
- MTFC-C (childhood) riktat mot barn i åldrarna 6–11 år och
- MTFC-A (adolescents) som riktar sig mot tonåringar med någon form av beteendeproblematik (Hansson et al, 2001).

År 1996 skapades programmet för ungdomar som var mellan 12 och 18 år gamla och som hade emotionell störning samt hade problem med aggression och självskadebeteenden, alkohol- och drogmissbruk och sexuellt utagerande beteende (MTFC,2007).

MTFC introducerades i Sverige genom att professor Kjell Hansson vid socialhögskolan i Lund kom i kontakt med Ph. D Patricia Chamberlain under slutet av 80-talet. Dock dröjde det ända fram tills början av 2000-talet innan metoden implementerades vilket skedde genom att Familjeforum AB i Lund startade upp en behandlingsgrupp (Balldin et al, 2002).

MTFC är en multidimensionell metod det vill säga att man försöker att jobba med nätverket runt familjen som t.ex. skola, fritidsverksamhet, släktingar m.m. (Hansson, 2004, Kyhle – Westermark, Hansson & Vinnerljung, 2007). Behandlingen bedrivs av ett behandlingsteam bestående av Case manager, familjeterapeut, ungdomsterapeut och PDR ringare. Behandlingen pågår i cirka 8-12 månader och det ultimata målet med behandlingen är att ungdomen skall återförenas med sin biologfamilj efter denna tid (Familjeforum, Kyhle – Westermark, Hansson & Vinnerljung, 2007). En viktig del i behandlingen är att fokusera på att förstärka positiva beteenden och att minska negativa beteenden samt att hjälpa ungdomen att finna bra strategier för att tillämpa goda beteenden i vardagen (Kyhle – Westermark, Hansson & Vinnerljung, 2007). En annan viktig del är att hjälpa biologföräldrarna att bli stärkta i sin föräldraroll så att de kan möta upp och hjälpa sitt barn på ett adekvat sätt efter behandlingens slut. Detta sker genom att både biolog och fosterföräldrar deltar i en föräldrakurs och familjesamtal där syftet är att lära sig bemöta ungdomen bättre med mindre bestraffningar för de beteenden som de tycker är mindre önskvärda och mer belöna de beteenden som det tycker är önskvärda (Chamberlain *et al*, 2008).

Bra beteende belönas medans negativa beteenden ignoreras och detta görs genom poängsystem där ungdomen får poäng för varje positivt visat beteende medans poäng dras av vid negativa beteenden (Balldin et al, 2002). Varje poängsystem utformas utifrån individens svårigheter så att den skall vara matchbar med ungdomen (Balldin et al, 2002; Chamberlain, 1990). I behandlingen genomgår ungdomen tre steg:

- *Steg 1*, pågår i cirka 3 veckor och under denna tid får ungdomen endast vistas i fosterhemmet och ungdomen får ingen permission till sina biologföräldrar eller träffa kompisar utan vuxen närvaro. Telefon kontakt är tillåten under rimliga gränser. Under familjesamtalen hos familjeterapeuten träffar ungdomen sina biologföräldrar och förutom detta så har ungdomen sin egen individualterapi och färdighetsträning med ungdomsterapeuten.

- *Steg 2*, pågår i cirka 5-6 månader och då befinner sig ungdomen sig till stor del i fosterfamiljen, men det finns möjlighet till kompostid och permission till biologfamiljen. Familjesamtalen samt färdighetsträningen och samtalen med ungdomsterapeuten fortskrider.
- *Steg 3*, pågår under den resterande tiden och då befinner sig ungdomen hos biologfamiljen än vad den är hos fosterfamiljen. Kompostid blir också mer tillgänglig utifrån vad de vuxna tycker är lämpligt (Balldin, Björk & Hansson, 2002, Chamberlain, 1994).

En viktig del i behandlingen är att fokusera på att förstärka positiva beteenden och att minska negativa beteenden samt att hjälpa ungdomen att finna bra strategier för att tillämpa goda beteenden i vardagen (Kyhle – Westermarck, Hansson & Vinnerljung, 2007). Familjehemmet genomgår en 20 timmar lång utbildning bland annat i metoder för hur man ger beröm och uppmuntran då det är en stor del i behandlingsarbetet med ungdomen. Familjehemmet får även en genomgång i hur man kan uppmärksamma och analyserar olika beteenden hos ungdomen (Chamberlain, Fisher & Moore, 2002). MTFC är en multidimensionell metod det vill säga att man försöker att jobba med nätverket runt familjen som t.ex. skola, fritidsverksamhet, släktingar m.m. (Hansson, 2004, Kyhle – Westermarck, Hansson & Vinnerljung, 2007). Behandlingen bedrivs av ett behandlingsteam bestående av Case manager, familjeterapeut, ungdomsterapeut samt en PDR ringare.

Case manager fungerar som en samordnare och har en tät kontakt med de olika intressenterna i ungdomens nätverk såsom biologföräldrar, fosterföräldrarna, skola, socialtjänst och eventuellt andra viktiga intressenter . Case managern ansvarar även för hur poängsystemet skall utformas och att det matchas med ungdomens förmåga (Balldin et al, 2002). Case manager är tillgänglig för fosterföräldrarna 24 timmar om dygnet för handledning (Chamberlain, 2002).

Fosterfamiljen genomgår en 20 timmar lång utbildning i bland annat i metoder hur man ger beröm och uppmuntran då det är en stor del i behandlingen av ungdomen. Det tas även upp hur man analyserar beteenden, hur man lägger upp ett individuellt behandlingsprogram tillsammans med Case managern. Fosterföräldrarna tränas även i hur man lägger till och drar ifrån poäng på ett objektivt sätt. Fosterföräldrarna svarar även på PDR formulären som dagligen rapporteras in till PDR ringaren (Chamberlain, Fisher & Moore, 2002).

Familjeterapeuten har samtal med ungdomen, fosterfamiljen samt biologfamiljen varje vecka under hela behandlingen i syfte att hjälpa till med problemlösning och hitta olika

kommunikationsvägar för att förhindra konflikter mellan föräldrarna och ungdomen inför hemkomsten. Initialt är det viktigt att familjeterapeuten skapar en allians med föräldrarna så att de känner sig sedda och bekräftade. Familjeterapeuten hjälper även till med att modifiera och utveckla poänglistor åt fosterföräldrarna samt biologföräldrarna till de tillfällen då ungdomen har permission (Hansson, 2004).

Ungdomsterapeutens roll är att vara ungdomens talesperson vid familjesamtalen samt att stödja och coacha ungdomen under behandlingens gång. Ungdomsterapeuten skall också hjälpa ungdomen att träna olika färdigheter så att ungdomen lär sig framgångsrika strategier som sedan kan generaliseras bland vuxna och jämnåriga (Balldin, Björk & Hansson, 2002, Hansson et al, 2001).

De teoretiska perspektiv som MTFC metoden har sina grunder i är familjesystemteori där risk och skyddsfaktorer är en viktig del samt social inlärningsteori (Hansson, 2004, Kyhle – Westermarck, Hansson & Vinnerljung, 2007). I följande avsnitt kommer en redogörelse över dessa teoribildningar att göras.

2.3 Familjesystemteori

Familjesystemteorin är en vidare utveckling av Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori och grundar sig på att familjen är ett system och alla i systemet påverkar varandra ur både en positiv och negativ aspekt (Olson & Petit, 1999). Enligt familjesystemteorin så är en familjemedlems beteenden refererat till hur familjen fungerar som helhet, och enskilda problem och symptom är föranledda av bristfällig funktionalitet i familjen. En del av de väsentliga idéerna i den generella systemteorin är att helheten är mer än summan av delarna tillsammans och att det finns normer och regler för hur ett systems olika delar förhåller sig till varandra (Olson & Petitt, 1999). Familjesystemsteorin används inom familjeterapin och då utifrån familjesystemteorins syn på familjen som ett system. Sedvanliga antaganden inom familjeterapin är följaktligen att pågående samspel och kommunikation mellan individer har stor betydelse för upprinnelsen och bibehållande av problem. Även en familjs struktur och organisation inverkar på hur familjemedlemmarna fungerar och mår. Terapeutiska kunnskaper och tekniker är essentiella i familjeterapin för att kunna få goda behandlingsresultat (Olson & Petitt, 1999).

2.4 Risk- och skyddsfaktorer

Ett forskningsområde som går att sammankopplas med den utvecklingsekologiska teorin är det som rör barns sårbarhet och motståndskraft i samspel med risk och skyddsfaktorer (Levin & Lidén, 2006).

2.4.1 Riskfaktorer

Lagerberg och Sundelin (2003) relaterar till Goodyear (1995) som framställer risk som en process som pågår under tid. Det som skulle kunna vara en risk för ett barn i ett visst sammanhang eller under ett visst skede behöver inte utgöra någon större risk för barnet beroende på hur bakgrundsfaktorerna ser ut. På vilket vis ett barn reagerar på en speciell risk är individuellt och har med barnets specifika förhållanden att göra. Det går även att skilja på utlösande och vidmakthållande riskfaktorer. Utlösande faktorer är de situationer som gör att ett visst problem uppstår vid en särskild tidpunkt. Vidmakthållande faktorer är de faktorer som gör att problemsituationen kvarstår eller att problemet inte går över. Riskens styrka kan också ses som beroende av antalet ogynnsamma omständigheter, utsatthetens intensitet och under hur lång tid detta pågår (Lagerberg & Sundelin, 2003).

En enskild riskfaktor behöver inte utsätta ett barn för någon risk medan om ett barn är utsatt för flera olika riskfaktorer kan detta leda till olika beteendeproblem. Detta brukar benämnas som dosresponseeffekt eller en så kallad tröskeeffekt, det vill säga effekter av flera samtidiga belastningar. Risker kan också ligga vilande, då konsekvenserna av en eller flera tidigare belastningar yttrar sig talar man om latent effekter. Dessa effekter kan ses som vilande risker som kan ha en stor emotionell påverkan på barnet. Nästa gång barnet utsätts för en påfrestning som kan tyckas obetydlig, får det ändå en mycket kraftig reaktion. Det kan tyckas att barnet överreagerar, men det är också möjligt att se att förklaringen ligger i de tidigare påfrestningarna som gjort detta barn särskilt sårbart (Lagerberg & Sundelin, 2003).

Werner & Ruth (2003) studerade hur olika biologiska och psykosociala riskfaktorer och skyddsfaktorer påverkar individens utveckling genom uppväxten och de fann att det fanns ett samband mellan vissa stressfyllda livshändelser och anpassningsproblem i vuxen ålder. Exempel på riskfaktorer är psykopatologi hos föräldrar och fattigdom, ständiga krav på individen på grund av sjukdom eller funktionshinder, stora omvälvningar i familjen (till exempel en familjemedlems bortgång eller skilsmässa) och kronisk missämja (till exempel konflikter mellan barn och föräldrar eller kamrater).

2.4.2 Skyddsfaktorer

Skyddsfaktorer är motsatsen till riskfaktorer och man kan säga att detta utgör en del av ”friskforskning” som uppstått i kontrast till att mycket forskning fokuserade på det dåliga och risker. Friskforskningen eller salutogen forskning som det också kallas koncentrerar sig på begrepp som motståndskraft, skyddsfaktorer och kompetens, det vill säga, att definiera vad som gynnar hälsa och välbefinnande. Det kanske mer vedertagna ordet ”maskrosbarn” används ofta som en benämning på barn som har en förmåga att komma igen, en stark motståndskraft eller har tillgång till olika skyddsfaktorer. Inom forskarvärlden talar man om ”resilience” när man refererar till ”maskrosbarn” (Lagerberg & Sundelin, 2003).

Det som kännetecknar en skyddsfaktor är att den bidrar till att en specifik situation får en mer gynnsam utgång där en eller flera riskfaktorer finns. Med andra ord att vid låg eller ingen risk spelar det ingen nämnvärd roll om det förekommer skyddsfaktorer. Det är inte förrän en risk uppstår, som närvaron av skyddsfaktorer blir betydelsefull. Skyddsfaktorns inverkan på denna specifika situation är beroende av vilken risk som situationen innefattar. Till skyddsfaktorer räknas både de egenskaper som barnet besitter samt de förutsättningar som finns i barnets miljö (Lagerberg & Sundelin, 2003). Det finns en del olika skyddsfaktorer som man brukar nämna och till dessa hör hög intelligens, realistiska mål i livet och bra självförtroende. Till skyddsfaktorer i familjen hör god omvårdnad, accepterande och lyhörda vårdnadshavare samt struktur och regler i hemmet. Till skyddsfaktorer utanför familjen hör att umgås med vuxna utanför familjen (till exempel mormor eller grannar) och under tonåren en engagerad lärare som kan fungera som förebild för den unge. Levin & Lidén (2006) tar de upp att även det sekundära nätverk som socialsekreterare, fritidsledare, polis har mycket stor betydelse som en skyddsfaktor.

2.5 Social inlärningsteori

Den sociala inlärnings teori är en teori uppkommen ur den behavioristiska psykologin och en av dess förespråkare är Albert Bandura. Det är en teoribildning som grundades på 60-talet och som ville besvara frågan: Hur lär sig barn och ungdomar om vad som händer runtomkring dem och om vilka förväntningar som ställs på dem? (Ferrer-Wreder et al, 2005). Albert Bandura menar att den sociala inlärningen sker i stor omfattning genom imitation av andra människor genom så kallad observations- eller modellinlärning. Genom olika studier har Albert Bandura påvisat att barn och ungdomars sociala inlärning via observation av modeller kan vara mycket effektiv. Den sociala inlärningsteorin anser att barn och ungdomar kan både lära sig och lära om till helt nya beteenden genom att observera andra. Det vill säga att de lär sig inte endast via egna unika erfarenheter, utan de kan också lära sig nya beteenden genom att observera andra som har fått

affirmativa konsekvenser när de uppträtt på ett visst sätt. Under uppväxten är det oftast vårdnadshavarna som är de viktiga rollmodellerna för inläring samtidigt som kamraterna blir mera viktiga under ungdomsåren (Ferrer-Wreder et al., 2005).

Det behöver inte vara enbart personer i barnets omgivning utan även symboliska modeller i böcker, tidningar eller TV kan ha stor påverkan på barnets sociala inläring. Under den senare tiden har de kognitiva faktorerna haft en större roll i den sociala inläringsteorin. En väsentlig faktor för inläringens effektivitet är att individen har förmåga att observera vad modellen gör samt att komma ihåg modellens beteende och reproducera det.

Som det redogjorts för ovan så har MTFC sina teoretiska grunder i risk och skyddsfaktorer samt social inläringsteori. En viktig komponent i MTFC programmet är Parent Daily Report listor. Dessa listor har som funktion att finna beteende förändringar hos ungdomen genom att identifiera risk och skyddsfaktorer i ungdomens beteende. I följande avsnitt kommer en utförligare redovisning av PDR – listor och dess funktion.

2.6 Parent Daily Report – listor

Parent Daily Report – list (PDR) är en beteendeskattningslista som innehåller 50 stycken beteenden, 25 positiva och 25 negativa. Listan är utformad på så vis att familjehemmet poängsätter varje beteende med ett värde mellan 0-2. Det totala maxvärdet på de positiva beteendena per dag är 50 och så även för de negativa beteendena (se bilaga 1). Listan används inom MTFC för att checka av en ungdoms beteende i syfte att se om det sker några positiva eller negativa beteendeförändringar från dag till dag hos ungdomen (Chamberlain, 2003). Varje dag mellan måndag till fredag ringer en PDR- ringare upp fosterföräldrarna för att samla in de skattningar som fosterföräldrarna gjort angående ungdomens beteende. PDR- listan hjälper familjehemmet, behandlingsteamet och de biologiska föräldrarna att lägga märke till vilka beteendeproblem som ungdomen påvisar och hur ofta det sker (Chamberlain, et al., 2006). I flera studier har det forskats på PDR listorna och dess funktion och det har visat sig att listorna har ett relevant syfte till sin funktion det vill säga mäta beteendeförändringar hos ungdomar (Chamberlain et al, 2006).

Användningen av PDR listorna uppkom genom att intervjuer gjordes med föräldrar som ingick i MTFC programmet under en testperiod på ett år. Man kunde i samband med detta se att det gav en tillförlitlig indikation på om ungdomens beteende förändrades från dag till dag. Då fosterföräldrarna kontinuerligt redovisar poängsystemet för MTFC- teamet kan risken för sammanbrott bli märkbar och möjligen förhindras.

2.6.1 Internationell forskning kopplat till PDR listor

Då Parent Daily Report Checklist är en viktig komponent av MTFC metoden undersökte Chamberlain et al (2006) ifall det utifrån PDR – listorna går att förutsäga ett sammanbrott i fosterfamiljen. Med sammanbrott menar Chamberlain et al (2006) att utfallet blir negativt genom att barnet/ungdomen rymmer från fosterfamiljen eller exempelvis av andra orsaker behöver omplaceras. De 246 barn som ingick i undersökningen var mellan 5 – 12 år gamla och hade placerats antingen i familjehem eller hos släktingar mellan 1994 och 2004 i San Diego, Kalifornien. Studien visade att det var möjligt utifrån PDR listor att förutsäga sammanbrott i fosterfamiljen (ibid.).

I studien fann Chamberlain et al (2006) att genom att göra en jämförelse utifrån bland annat medelvärdet på PDR listorna mellan de ungdomar som fullföljt vården, och dem där det skett ett sammanbrott att det fanns en skillnad.

Ytterligare en undersökning som är gjord i USA redogör för att ungdomar som har fått ihop många positiva poäng under sina två första veckor, i större omfattning stannar kvar i fosterfamiljen i minst sex månader (Smith, 2004). Undersökningen påpekar vikten av positiv förstärkning på fosterbarnets beteende från fosterföräldrarna. Genom att ge beröm och uppmuntra barnet i vardagliga situationer utvecklades ett högre självförtroende hos barnet. Barnet uppfattade då sin position som meningsfull och att behandlingen skulle fungera. De fosterföräldrar som gav höga poäng till barnet fokuserade på det positiva beteendet i större utsträckning än det negativa beteendet hos barnet.

3. Metod

I detta kapitel kommer jag att beskriva hur jag samlat in mitt material som ligger till grund för uppsatsen. En diskussion kring mitt metodval, urval och avgränsning samt tillvägagångssätt, bearbetning och resultat av mitt insamlade material. Jag kommer även att diskutera resultatens tillförlitlighet och det etiska övervägandet.

3.1 Familjeforum AB i Lund

I Sverige finns det idag olika behandlingsföretag samt institutioner som erbjuder MTFC behandling till ungdomar. Ett av dessa behandlingsföretag är Familjeforum AB i Lund som är ett företag som arbetar med evidens- och kunskapsbaserade öppenvårdsinsatser som riktar sig mot barn, ungdomar samt deras familjer. Familjeforum AB har sedan början av 2000 - talet arbetet

med MTFC metoden och år 2004 blev de det först behandlingsföretaget i Europa som certifierades i MTFC metoden (Familjeforum, 2009). Idag är det endast Familjeforum AB i Lund som får utbilda och handleda företag i Europa i MTFC metoden och de har ett nära samarbete med Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA. För att få driva och utbilda i MTFC metoden måste man vara certifierad och varje år kontrolleras och förnyas certifieringen av OSCL.

3.1 Tillvägagångssätt

Den första kontakten tog jag med forskningsansvarig på Familjeforum AB i Lund då jag ansåg att Familjeforums är de som besitter störst kunskap kring MTFC i Sverige samt de som bedrivit MTFC behandling längst. Vi bokade in två träffar på Familjeforum AB i Lund där jag fick tillgång till dokumentationsprogrammet Journal Digital. Journal Digital är ett webbaserat behandlingsstöd samt verksamhetsstöd för kommunala och privata behandlingsenheter inom öppenvården. Journal digital använder standardiserade självvarsformulär som gör det möjligt att mäta symptom på olika nivåer: individ, familj och klientens nätverk. Systemet mäter behandlingseffekter vilket gör att användaren har möjlighet att evidensbasera sin verksamhet.

Då jag fick tillgång till Journal Digital kunde jag samla in PDR listorna och under två dagar samlade jag in de PDR listor som jag behövde för att göra min undersökning. Vidare besökte jag Familjeforum AB i Lund ytterligare en gång för att diskutera frågeställningar och söka svar på en del frågor och funderingar angående vissa PDR listor.

Jag valde att samla in PDR listor för varje individ det vill säga 25 stycken individer under de fyra första veckorna av behandlingen vilket gav mig totalt 40 listor per individ att arbeta med. Av de 40 stycken listorna som jag hade tillgång till valde jag slumpmässigt ut 2 listor per vecka vilket gav en total summa på 8 listor per individ under de 4 första veckorna. Det slumpmässiga urvalet gick till på så vis att 5 lappar lades i en skål med en veckodag per lapp mellan måndag till fredag. Slumpmässigt drogs 2 lappar ur skålen med en veckodags namn per lapp.

Alla de PDR listor som jag samlade in bearbetades i statistikprogrammet SPSS (version 17) De svarsalternativ som familjehemmet kunde ge var "Stämmer ej" som kodades med en nolla, "Stämmer någorlunda eller ibland" som kodades med siffran 1, och "Stämmer mycket bra eller ofta" som kodades med siffran 2. Till en början matade jag in varje värde, för varje beteende under de 4 första veckorna per individ. Efter detta summerade jag alla värdena per beteende under de fyra veckorna och räknade ut medelvärdet för de olika beteendena. Vidare gjorde jag en

summering av alla individers totala medelvärde för både de positiva och negativa beteendena och räknade ut medelvärdet.

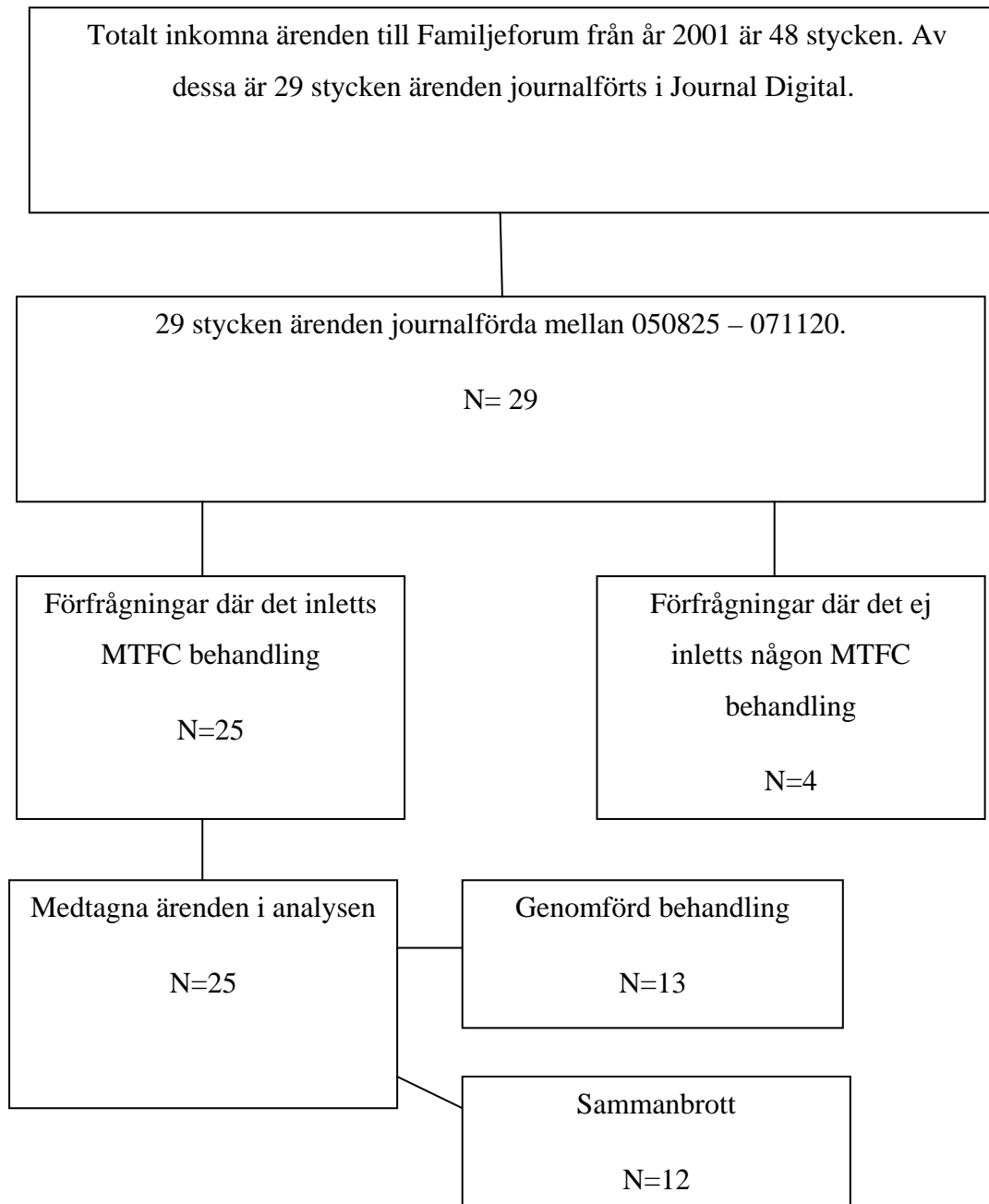
För att undersöka om det finns några skillnader mellan de som fullföljt behandling och dem där det skett ett sammanbrott i, så har varje enskilt beteende undersökts för att se om det går att finna någon statistisk signifikant skillnad där. Både de positiva och de negativa beteendena har undersökts för att se om det finns några märkbara skillnader som skulle kunna vara orsak till sammanbrotten.

3.2 Urval och avgränsningar

Jag har valt att undersöka de PDR listor som har fyllts i under den MTFC behandling som pågått vid Familjeforum AB i Lund. Totalt är det 48 stycken ärenden som blivit upptagna i MTFC behandlingen fram till den 18 Nov -08. Utav dessa 48 ärenden har jag endast studerat de ärenden som blivit dokumenterade i dokumentationsprogrammet Journal Digital som är ett webbaserat dokumentations samt uppföljningsprogram för dem som arbetar med behandling och andra områden inom öppenvård och HVB. Anledningen till att inte alla 48 ärenden har ingått i undersökningen är på grund av att PDR listorna fram tills att Familjeforum började dokumentera i Journal Digital inte var uppbyggda på samma sätt. Så för att få ett så korrekt resultat som möjligt så har jag valt att endast använda mig av de ärenden som är dokumenterade i Journal Digital. Journalföringen i Journal digital startade under sensommaren år 2005.

Dokumentationen av ärenden i Journal digital skedde mellan tiden 050825 och 071120. Det sista avslutade ärendet som jag haft tillgång till avslutades 071120. Av dessa 29 förfrågningar har 25 stycken blivit ärenden det vill säga att 86 % blev ärenden medan 14 % inte blev det. I resultatredovisningen finns således 25 stycken ärenden där PDR listor blivit journalförda. I figur 1 ser vi ett flödesschema över de inkomna ärendena och hur de är fördelade.

Figur 1. Flödesschema över MTFC ärenden



3.3 Statistiska metoder

De statistiska metoder som använts är medelvärde, standardavvikelse, t- värde samt ett χ^2 (Chi-) test. Medelvärde beskriver genomsnittsvärdet på en skattning det vill säga summan av det som är observerat delat på hur många observationer som gjorts (Körner & Wahlgren, 2005) Standardavvikelsen visar hur en spridning ser ut i en fördelning. Två observationer kan ha samma medelvärde men olika spridningar (Lagerberg & Sundelin, 2003). T-värdet har gjorts i

syfte att se om det finns några signifikanta skillnader mellan olika mellanvärden för att utesluta att det skulle vara ett slumpmässigt resultat. För att resultatet inte skall räknas som slumpmässigt krävs det en signifikansnivå på minst $p < 0.05$ (ibid). X^2 test görs för att se om det finns en statistisk signifikans på procentuella skillnader (ibid).

3.4 Etiska övervägande

De individer och familjer som deltar i MTFC programmet blir informerade av Familjeforum att de tester som används nyttjas i både behandlings och utvärderingssyfte. De PDR listor som används i undersökningen kommer att vara avidentifierade vilket gör att ingen personlig information om individerna finns tillgänglig. För att besvara de frågeställningar som jag ställt så är inte den informationen nödvändig utan jag är mer inriktad på kön, ålder, längd på behandlingen och vilka problembeteenden som varit överrepresenterade. För att besvara dessa frågor har inte någon kontakt med enskilda individer som deltagit i MTFC behandlingen behövts.

3.5 Sökord databaser

Jag har använt mig av olika databaser och sökmotorer för att hitta information om det ämne som jag skriver om. Dessa databaser och sökmotorer är: Google, Goggle Scholar, Lovisa, Libris, Elin, Xerxes, Socialstyrelsen, Socialvetenskap, Social Service abstracts samt Sociological abstracts.

De sökord som jag har använt mig av är: Multidimensional Treatment Foster Care, sammanbrott, Parent Daily Report -list, risk och skyddsfaktorer, social inlärningsteori m.fl.

3.6 Metodologiska begränsningar

En tumregel gällande stickprov är att en population bör minst bestå av 30 observationer (Körner & Wahlgren, 2005). I uppsatsen består populationen av 25 stycken observationer vilket kan medföra att urvalsgruppen är för liten vilket skulle kunna påverka tillförlitligheten i undersökningen.

4. Resultat

I detta avsnitt kommer jag att redovisa de resultat som den insamlade datan gett. Jag kommer redovisa resultatet med hjälp av tabeller.

4.1 Sammanbrott

Av de 25 ärenden som är med i analysen blev det sammanbrott i 48 % av ärendena medan 52 % av ärendena avslutade sin behandling som planerat. I 3 av ärendena skedde det sammanbrott innan 1 månad gått av behandling. I 9 av ärendena blev det sammanbrott efter första månaden av behandlingen, medan det var 13 av ärendena som avslutades som planerat.

I de fall där sammanbrott inträffade berodde detta på i 5 av ärendena på att socialtjänsten avbröt behandlingen. I 3 av ärendena var det familjeforum/familjehemmet som avbröt behandlingen medan i 3 av ärendena var det socialtjänsten i samråd med familjeforum och barnets föräldrar som avslutade behandlingen. I 1 av ärendena var det ungdomen som avvek från behandlingen vilket gjorde att behandlingen inte kunde fortsätta .

4.2 PDR - listor och medelvärde

Nedanför i tabell 1 redovisas resultatet för det sammanlagda medelvärdet för de olika variablerna:

Tabell 1. Tabell över de totala poängen på PDR

Genomförd behandling n=13		Sammanbrott n=12	
Positiv beteenden	Negativa beteenden	Positiva beteenden	Negativa beteenden
M(sd)	M(sd)	M(sd)	M(sd)
43,89(4,9)	0,88(1,0)*	41,02(7,4)	3,74(4,2)*

I tabell 1 kan vi utläsa att de individer som genomförde MTFC behandlingen hade ett medelvärde för de positiva beteendena på 43,89 medan de där det skedde ett sammanbrott hade ett medelvärde på 41,02. När det gäller de negativa beteendena låg medelvärdet för de som genomförde behandlingen på 0,88, medan för de individer där det skedde ett sammanbrott hade ett medelvärde på 3,74. På de positiva beteendena finns det ingen signifikans mellan dem som genomförde behandlingen eller de som genomgick ett sammanbrott. På de negativa beteendena gick det att finna en signifikans mellan de som genomförde sin behandling och de som genomgick ett sammanbrott.

4.3 Positiva och negativa beteende

I tabell 2 nedanför redovisas resultaten för de negativa beteendena med hjälp av medelvärde, standardavvikelsen, F och p värde.

Tabell 2. Medelvärde över varje enskilt negativt beteende.

Negativa beteenden	Sammanbrott M(sd) n=12	Ej Sam M(sd) n=13	F	p
Argumenterar emot, svara emot föräldrar och andra vuxna	0,3(0,6)	0,0(0,1)	13,1	***
Sängvätare, kissar på sig, kladdar med avföring smuttsar ner sig.	0,0(0,1)	0,0(0,1)	0,8	ns
Klagar är lättirriterad eller negativ, sur eller tjurig, gnäller	0,4(0,6)	0,2(0,5)	18,7	***
Gråter	0,0(0,0)	0,0(0,0)	3,8	ns
Matvägrar eller äter för mycket	0,2(0,3)	0,1(0,3)	0,2	ns
Är ängslig eller sorgsen	0,1(0,3)	0,1(0,1)	1,9	ns
Distanslös i kroppskontakt, klänger	0,0(0,0)	0,0(0,0)	6,1	*
Slår, sparkar eller biter andra	0,0(0,0)	0,0(0,0)	5,3	*
Hotar eller är hotfull	0,1(0,1)	0,0(0,0)	32,4	***
Dominerar, styr och ställer	0,2(0,5)	0,0(0,0)	23,0	***
Är hyperaktiv eller högljudd, springer omkring	0,1(0,3)	0,1(0,3)	0,0	ns
Är överksam, kommer inte igång	0,3(0,3)	0,0(0,1)	5,4	*
Avbryter vuxna och kräver uppmärksamhet	0,1(0,3)	0,0(0,2)	1,1	ns
Lämnar en arbetsuppgift halvfärdig eller dåligt gjord	0,1(0,4)	0,0(0,1)	4,4	*
Ljuger, berättar inte hela sanningen eller bryter löften	0,2(0,2)	0,1(0,3)	0,1	ns
Är trotsig och följer inte reglerna	0,4(0,6)	0,1(0,2)	4,4	*
Grälar, retar andra elever, provocerar	0,1(0,3)	0,0(0,0)	9,1	***
Vägrar ta konsekvenser	0,0(0,2)	0,0(0,0)	6,9	**
Uppträder barnligt för sin ålder	0,2(0,4)	0,1(0,2)	3,7	ns
Skadar sig själv (drar av hår, osv)	0,0(0,1)	0,0(0,0)	5,3	*
Skriker och har raseriutbrott	0,0(0,0)	0,0(0,0)	5,3	*
Kommer inte i tid	0,0(0,1)	0,0(0,0)	0,1	*
Rymmer	0,0(0,0)	0,0(0,0)	4,4	*

*P<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

ns= No significans

Utav de 23 negativa beteenden i tabell 2 så går det att finna ett signifikans värde på 15 stycken av dessa beteenden för de ungdomar där ett sammanbrott inträffade, jämfört med de ungdomar som fullföljde behandlingen.

Av de 15 negativa beteenden har 5 stycken av dessa beteenden en trestjärnig signifikans, det vill säga en mycket hög signifikans. De 5 beteenden med en hög signifikans är ”Argumenterar emot, svara emotföräldrar och andra vuxna”, ”Klagar är lättirriterad eller negativ, sur eller tjurig, gnäller”, ”Hotar eller är hotfull”, ”Dominerar, styr och ställer” och ”Grälar, retar andra elever, provocerar”. Utav de 15 negativa beteendena som uppvisar signifikans är lite över 1/3 av dessa beteenden som skulle kunna beskrivas som aggressiva beteenden. Med aggressiva beteenden avser jag beteenden som ”Slår, sparkar eller biter andra”, ”Hotar eller är hotfull”, ”Dominerar, styr och ställer”, ”Är trotsig och följer inte reglerna”, ”Grälar, retar andra elever, provocerar”, ”Vägrar ta konsekvenser”, ”Skriker och har raseriutbrott”. Beteendet ”Är hyperaktiv eller högljudd, springer omkring” uppvisade ingen signifikans även om det beteendet skulle kunna tolkas som ett aggressivt beteende.

Beteenden så som ”Gråter”, ”Distanslös i kroppskontakt och klänger”, ”Är överksam, kommer inte igång”, samt ”Skadar sig själv” kan tolkas som någon form av beteenden där ungdomen uppvisar en viss nedstämdhet. Att ”Gråta” låg nära gränsen för signifikans och detta beteende kan också tolkas som ett beteende som infinner sig vid nedstämdhet. Ett beteende som däremot inte gav någon signifikans är ”Är ängslig eller sorgsen” vilket är ett beteende som skulle kunna ses som ett tecken på nedstämdhet. Inte heller beteenden så som ”Avbryter vuxna och kräver uppmärksamhet” samt ”Ljuger, berättar inte hela sanningen eller bryter löften” uppvisade någon signifikans.

I tabell 3 över de positiva beteendena kan vi se att 7 av de 25 positiva beteenden uppvisar en signifikansnivå. Det är ungefär hälften så många beteenden med signifikans nivå i jämförelse med de negativa beteendena. Av dessa 7 positiva beteenden uppvisar 4 av dessa en trestjärnig signifikans nivå. De beteenden som uppvisar en trestjärnig signifikans är ”Har ett trevligt sätt, delar medkänsla med andra”, ”Väntar på sin tur och lyssnar på vad andra säger” samt ”Trevligt språk”. Dessa beteenden kan beskrivas som beteenden som innefattar någon form av social kompetens från ungdomen. De andra positiva beteenden som uppvisar signifikansnivå är ”Är angelägen om att komma i tid”, ”Talar sanning vid konfrontation”, ”Visar tillgivenhet genom att söka kroppskontakt”. Beteenden som ”Visar glädje, belåtenhet, ler mycket och skrattar” samt ”Visar intresse för skolarbete” låg nära signifikans nivå.

Beteenden som inte uppvisar någon signifikans är beteenden så som, ”Accepterar besvikelse på ett bra sätt”, Accepterar gränser”, ”Villig att rätta sig efter krav och regler”, ”Leker bra med skolkamrater”, ”Tar hänsyn till andra människor”, ”Visar glädje och belåtenhet”, ”Ler mycket och skrattar”, ”Är glad och positiv”, ”Generös mot andra”, ”Villig att dela med sig”, ”Erbjuder

att hjälpa till frivilligt”, ”Talar om för personalen var han/hon tänker gå”, ”Göra läxor utan att skjuta upp dem”, ”Får arbetsuppgifter gjorda i tid, sätter igång själv”, ”Visar intresse för skolarbetet”, ”Städar undan efter sig”, ”Äter mat utan att peta och kasta maten”, ”Är lugn”, ”Går och lägger sig utan bråk och gnäll” och ”Stiger upp utan bråk och gnäll”.

I tabell 3 nedanför redovisas resultaten för de positiva beteendena med hjälp av medelvärde, standardavvikelsen, F och p värde.

Tabell 3. Medelvärde över varje enskilt beteende.

Positiva beteenden	Sammanbrott M(sd) n=12	Ej Sam M(sd) n=13	F	p
Accepterar besvikelse på ett bra sätt	1,6(0,4)	1,6(0,7)	1,8	ns
Accepterar gränser	1,7(0,4)	1,9(0,5)	0,1	ns
Generös mot andra, villig att dela med sig	1,8(0,4)	1,9(0,4)	0,1	ns
Villig att rätta sig efter krav och regler	1,6(0,4)	1,9(0,3)	3,8	ns
Göra läxor utan att skjuta upp dem	1,6(0,6)	1,6(0,7)	0,6	ns
Har ett trevligt sätt, delar medkänsla med andra	1,6(0,6)	1,9(0,2)	13,1	***
Får arbetsuppgifter gjorda i tid, sätter igång själv	1,4(0,4)	1,8(0,2)	3,0	ns
Talar om för personalen var han/hon tänker gå	1,9(0,3)	1,7(0,4)	3,3	ns
Leker bra med skolkamrater	1,6(0,7)	1,6(0,7)	0,0	ns
Är angelägen om att komma i tid	1,7(0,4)	1,9(0,1)	6,0	*
Visar glädje och belåtenhet, ler mycket och skrattar	1,5(0,5)	1,8(0,3)	4,0	ns
Visar tillgivenhet genom att söka kroppskontakt	1,4(0,8)	1,8(0,6)	5,4	*
Visar intresse för skolarbetet	1,4(0,7)	1,7(0,4)	3,3	ns
Tar hänsyn till andra människor	1,6(0,5)	1,8(0,4)	2,3	ns
Erbjuder att hjälpa till frivilligt	1,4(0,5)	1,7(0,3)	1,2	ns
Väntar på sin tur och lyssnar på vad andra säger	1,8(0,4)	2,0(0,1)	17,7	***
Talar sanning vid konfrontation	1,8(0,3)	1,6(0,7)	5,2	*
Håller kläder rena	2,0(0,0)	1,9(0,1)	30,5	***
Trevligt språk	1,7(0,6)	2,0(0,0)	20,3	***
Äter mat utan att peta och kasta maten	1,8(0,5)	1,6(0,7)	2,2	ns
Är glad och positiv	1,4(0,7)	1,6(0,7)	0,1	ns
Är lugn	1,6(0,6)	1,6(0,7)	0,0	ns
Går och lägger sig utan bråk och gnäll	1,7(0,6)	1,7(0,8)	0,5	ns
Stiger upp utan bråk och gnäll	1,8(0,5)	1,7(0,8)	1,2	ns
Städar undan efter sig	1,8(0,5)	1,6(0,7)	1,8	ns

*P<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

ns= No significans

4.4 Medelvärde på negativa beteenden

Tabell 4 visar hur antalet fördelningen ser ut per ärende utifrån det totala medelvärdet på de negativa beteendena.

Tabell 4. Tabell över genomsnittsvärdet för negativa beteendena.

Negativa beteenden	M \leq 2,3	(%)	> 2,3	(%)	Totalt	χ^2 (Df)
Ej sammanbrott	12	(96)	1	(4)	13	7,4(1)**
Sammanbrott	5	(42)	7	(58)	12	
Totalt	17		8		25	

Tabell 1 redovisar att i de ärenden där sammanbrott inte skedde hade 12 ärenden ett medelvärde på mindre än 2,3 på de negativa beteendena medan 1 ärende där det inte skedde något sammanbrott hade mer än 2,3 i medelvärde på de negativa beteendena. I de ärenden där det skedde sammanbrott hade 5 ärenden mindre än 2,3 i medelvärde på de negativa beteendena medan 7 ärenden uppvisade ett medelvärde på över 2,3. Tabellen visar också att värdena har en tvåstjärnig signifikans.

5. Analytisk diskussion

Resultatet av min undersökning visar att de ungdomar som genomgick ett sammanbrott har ett signifikant högre medelvärde på de negativa beteendena än de ungdomar som inte genomgick något sammanbrott. Sett till de positiva beteendena har de ungdomar som genomgick behandlingen ett högre medelvärde på dessa beteende än de som genomgick ett sammanbrott, dock finns det ingen signifikans på detta. Chamberlain et al (2006) studien där medelvärdet på PDR listorna låg till grund för att se om det fanns några skillnader mellan de som genomgick ett sammanbrott och de som inte gjorde det utifrån PDR listorna, visar också på att där finns en signifikant skillnad mellan de som genomgick ett sammanbrott och de som inte genomgick sammanbrott, utifrån de negativa beteendena. Utifrån de positiva beteendena finns det ingen tillgänglig forskning som visar på något signifikansvärde på dessa beteenden, vilket inte heller denna studie gör. Utifrån detta kan det vara av vikt att fokusera extra mycket på de negativa beteendena i syfte att försöka förhindra ett sammanbrott.

Sammanbrottsfrekvensen för de barn som ingår i denna studie ligger på totalt 48 %. I en studie gjord i Sverige där 776 familjehemsplacerade barn ingick, visade det sig att de barn som uppvisade ett antisocialt beteende hade en sammanbrottsfrekvens som låg på mellan 57 % - 67 % beroende på definitionen av sammanbrott (Sallnäs et al, 2004). I Kyhle – Westermark, Hansson & Vinnerljung, (2007) studie över barn som genomgått sammanbrott i MTFC behandlingen i Sverige så finner de att sammanbrottsfrekvensen för dessa barn ligger på 13 % totalt. Skillnaden procentuellt mellan den studien som Kyhle – Westermark, Hansson & Vinnerljung, (2007) gjort och min studie ligger på 35 % vilket är en relativt stor skillnad. Vad detta beror på är svårt att säga men det finns säkert en rad olika faktorer som påverkar. Dels kan det bero på faktor som är kopplade till Familjeforum men det kan även beror på faktorer som är kopplade till socialtjänsten och deras verksamhet. Det som kan ses som intressant är att båda min och Kyhle – Westermark, Hansson & Vinnerljung, (2007) studie visar att ungdomar inom MTFC genomgår färre sammanbrott än vad de ungdomarna i traditionell svensk familjehemsvård gör. Detta kan vara en viktig faktor att överväga och tänka på när val av vårdform skall göras åt ungdomar som uppvisar ett antisocialt beteende. Det kan också vara av vikt för socialtjänsten att upplysa klienter om vilka möjligheter och risker det finns med den familjehemsvård som erbjuds. Det vill säga att förklara riskerna för klienten inför en familjehemsplacering. Det kan också vara viktigt att delge klienten att även om MTFC har färre sammanbrottsfrekvenser så är det långt ifrån riskfritt med denna metod och det krävs mycket arbete från både ungdomen, nätverket och socialtjänstens sida för ett lyckat resultat.

Utav de 23 enskilda negativa beteenden som gav utslag i undersökningen hade de som genomgick ett sammanbrott en signifikant skillnad på 15 stycken av dessa, jämfört med dem som fullföljde behandlingen. Vinnerljung et al (2001) menar att fokusera på enskilda riskfaktorer inte ger någon skillnad utifrån sammanbrottsrisk men när flera olika riskfaktorer uppvisas bör detta uppmärksammas. Att 15 av 23 negativa beteenden ger utslag kan vara en anledning till att vara extra observant på de dessa beteenden och kan ses som ett tydligt tecken på att många riskfaktorer har en betydelse för om ett sammanbrott kommer att ske eller inte. I Andershed & Andershed (2005) lyfter de fram vikten av att begränsa ungdomars riskfaktorer och speciellt för de ungdomar som uppvisar ett antisocialt beteende, vilket också stärker anledningen till att uppmärksamma dessa negativa beteenden på ett tidigt stadium. Riskfaktorer som kan ses som mer aggressiva beteenden är klart dominerande i undersökningen och står för över 1/3 av de negativa beteendena. Dessa beteenden är beteende som det generellt sätt finns liten acceptans för i samhället och när dessa negativa beteenden uppvisas blir det ofta en negativ uppmärksamhet som riktas mot ungdomen, vilket i sin tur genererar i att ungdomen känner misslyckande. Tre av

de aggressiva beteendena med signifikans är ”Grälar, retar andra elever, provocerar” ”Hotar eller är hotfull”, ”Dominerar, styr och ställer” . Detta kan vara beteenden som göra att andra jämnåriga inte vill umgås med ungdomen, vilket i sin tur gör att ungdomen inte lär sig några nya strategier för hur man bör umgås med andra jämnåriga. Att dessa beteenden har en hög signifikans när det gäller sammanbrottsfrekvensen borde innebära att de är viktiga beteenden att arbeta med och förändra hos ungdomen.

I de ärenden där det inte inträffade sammanbrott uppvisades det 7 positiva beteenden med signifikans nivå. Detta är lite mindre än hälften så många beteenden med signifikansnivå på de positiva beteenden, jämfört med de negativa beteendena och de som genomgick ett sammanbrott. Utifrån att det finns fler negativa beteenden med signifikans än vad det finns positiva beteenden med signifikans kan det vara av vikt att fokusera på de negativa beteendena i syfte att förhindra ett sammanbrott. Dock finns det alla anledning att även se till de positiva beteendena och uppmuntra dem, men faktumet att det är betydligt fler negativa beteenden med signifikans kan tolkas som att det är viktigt att begränsa dessa hos ungdomen.

Andershed & Andershed (2007) menar att det finns olika skyddsfaktorer som är till hjälp för ungdomar i deras utveckling och där ibland nämns faktorer så som socialkompetens, positiv attityd och aktivt deltagande i skolan. I de ärenden där det inte skedde sammanbrott fanns det en hel del beteenden som kan kopplas till skyddsfaktorn social kompetens. Så som ”Har ett trevligt sätt, delar medkänsla med andra”, ”Väntar på sin tur och lyssnar på vad andra säger” är sådana beteenden som kan tolkas som social kompetens. Att ”Vara angelägen om att komma i tid”, ”Tala sanning vid konfrontation” samt ”Trevligt språk” kan ses som om ungdomen visar upp en trevlig attityd. Även om ”Visar intresse för skolarbete” inte uppnådde signifikans så låg det nära signifikansnivå vilket som nämnts tidigare är en viktig faktor. Att ungdomen har dessa beteenden kan göra att det är lättare för vuxna att hantera ungdomen i vardagen, vilket i sin tur gör att ungdomen får mer positiv uppmuntran, vilket i sin tur leder till positiva resultat hos ungdomen. Att dessa beteenden har en stark signifikansnivå påvisar också vikten av sambandet mellan att besitta dessa beteenden och att det inte blir sammanbrott.

I 12 av de ärenden där det inte inträffade något sammanbrott hade ungdomen ett snittvärde på mindre eller lika med 2,3 på de negativa beteendena. I de ärenden där sammanbrott inträffade hade 7 ungdomar över 2,3 i snittvärde på de negativa beteendena. Detta visar också på att ju färre negativa beteenden en ungdom uppvisar desto större chans är det att behandlingen kommer avslutas och ett sammanbrott undviks.

5.2 Slut diskussion

En anmärkningsvärd sak med resultatet i uppsatsen är att de negativa beteendena ger fler utslag med signifikans än vad de positiva beteendena gör. Det är intressant att det är så stor skillnad i antalet mellan positiva beteendena med signifikans och negativa beteenden med signifikans. Vad detta kan beror på är svårt att säga men en orsak till detta kan vara att ofta så koms negativa händelser ihåg bättre än vad positiva händelser gör, vilket säkert kan avspeglas sig när poängsättningen av beteendena skall göras av fosterföräldrarna. En konsekvens av detta blir att fosterföräldrarnas roll i både poängsättandet och bemötandet av ungdomen får en mycket betydande roll för sammanbrottsrisken. I de fall då ungdomen uppvisar många negativa beteenden kan säkert fosterföräldrarna uppleva en stress som i sin tur påverkar ungdomen och risken för ett sammanbrott ökar då det blir svårt för både ungdomen och fosterföräldrarna att hantera besvärliga situationer. Detta i sig gör att fosterföräldrarnas roll utifrån hur de bemöter och hanterar ungdomens beteenden blir också viktig i syfte att förhindra ett sammanbrott.

Förutom de aggressiva beteenden som de ungdomar uppvisar där sammanbrott sker så finns det ytterligare beteenden som kan vara svåra att acceptera. Att arbeta med en ungdom som uppvisar ett beteende som ”Klagar är lättirriterad eller negativ, sur, tjurig eller gnäller” eller ”Är trotsig och följer inte regler” är inte lätt. Det kan säkert vara mycket svårt att ha tålamod med dessa beteenden vilket kan påverka fosterföräldrarna i bemötandet av ungdomen. En ungdom som har ”Trevligt språk” och ”Har ett trevligt sätt, delar medkänsla med andra” är säkerligen mycket lättare att både jobba med, samt tycka om än en ungdom som uppvisar betydligt negativare inställning. Bemötandet av dessa ungdomar blir säkerligen annorlunda vilket säkert kan påverka utgången för om behandlingen skall bli lyckade eller inte.

En annan intressant sak är att en del av de positiva och negativa beteendena på PDR – listorna kan tolkas på så sätt att det både kan vara till fördel med också nackdel för ungdomen. Beteenden som t.ex. det negativa beteendet ”Distanslös i kroppskontakten och klänger” och det positiva beteendena ”Visar tillgivenhet genom att söka kroppskontakt” kan ses som beteenden som kan påverka ungdomen utifrån hur de tolkas av fosterföräldrarna. I vissa fall kan det säkert upplevas som trevligt och mysigt när en ungdom söker fysisk kontakt och uppmärksamhet men kan säkerligen också ses som jobbigt om det görs vid fel tillfälle och i fel situationer. Här får fosterföräldrarna åter igen ett väldigt stort inflytande samt ansvar för hur deras syn påverkar ungdomens möjligheter att lyckas. Även om detta kanske inte är helt avgörande så ligger det säkerligen till stor grund för hur utfallet ter sig

Klart är i alla fall att det finns fler enskilda negativa beteenden med signifikansnivå än vad det finns enskilda positiva beteenden med signifikansnivå. Lika så när det totala medelvärdet över de positiva och negativa beteendena undersöks så finns där en signifikans på de negativa beteendena men dock inte på de positiva. Utifrån detta resultat kan det vara av vikt att hålla en frekvent uppsikt över de negativa beteende i syfte att förhindra ett sammanbrott. Det går att se i ett ganska tidigt stadium av behandlingen att höga poäng på de negativa beteendena kommer med största sannolikhet att få ett utfall i sammanbrott. Utifrån detta kan det vara av stor vikt om det upptäcks att ungdomen har höga poäng på de negativa beteenden tidigt i behandlingen att mycket resurser läggs på att stötta ungdomen och familjehemmet i början av behandlingen i syfte att minska stressen hos fosterfamiljen, men även för att hjälpa ungdomen att finna lämpliga strategier för att ändra negativa beteenden.

Sett till resultatet i uppsatsen så är det en betydligt högra sammanbrottsfrekvens i de ärenden som jag undersökt jämfört med den undersökning som Pia Kyhle Westermark gjort. Vad detta beror på vet jag inte men möjligen kan det ha med strukturella faktorer att göra så som personalomsättning eller att implementering av metoden har tagit tid. Det skulle vara intressant och undersöka om sammanbrotten skedde under någon speciell tids period och på så vis kanske finna någon förklaringsmodell för att sammanbrotten är fler i min undersökning.

PDR listornas betydelse när det gäller prognostiserandet av ett sammanbrott är klart avgörande vilket tyder på att dess funktion är viktig. Detta kan vara värdefullt i utvecklandet av andra metoder som riktar sig mot ungdomar i familjehemsvården eller i andra vårdformer där barn och unga med antisocialt beteende befinner sig. Att använda sig av ett instrument som mäter beteendeförändringar kan säkert vara till stor hjälp för att förhindra eller upptäcka eventuella risker som kan leda till sammanbrott. Dock behövs säkert PDR – listorna modifieras över tid både för att följa utvecklingen men även för att anpassa sig till den kontext som finns i Sverige.

Vinnerljung et al (2001) menar att dygnsvården i Sverige inte är tillräckligt utvärderad och tillräckligt bra för ungdomarna med antisocialt beteende. Jag kan hålla med Vinnerljung i detta resonemang men under de senaste åren har det skett en hel del förändring gällande familjehemsvården. Ett bevis på detta är MTFC som är en metod som visat att vi är ett stort steg på rätt väg mot en förbättrad familjehemsvård i Sverige. Det finns mycket kvar att utveckla inom området och det kommer samtidigt också krävas att de som arbetar med dessa frågor blir medvetna om vilka risker som finns när barn och ungdomar placeras i familjehemsvården. Det är samtidigt också viktigt att de som arbetar med dessa frågor får kunskap om vilka möjligheter det

finns för dessa barn och ungdomar så att de kan växa upp under goda och trygga förhållanden och utvecklas till goda samhällsmedborgare.

Intressanta och fortsatta forskningsfrågor på detta ämne och område kan vara att undersöka vad PDR - listor och sammanbrott kan ha för betydelse utifrån till exempel ett köns perspektiv eller ålders perspektiv. Det hade också varit intressant att undersöka hur många negativa beteenden som en ungdom behöver uppvisa för att sannolikheten för ett sammanbrott skall ske.

Referenslista

Andershed, H., & Andershed, A., (2005). *Normbrytande beteende i barndomen: Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia

Aspers, Patrik (2007) – *Etnografiska metoder*, Liber Korotan Ljubljana, Slovenien

Balldin, T. Björk, L. Hansson K. Olsson, M. *MTFC – Ett nytt arbetsätt med ungdomar* (2002) Svensk Familjeterapi 3-4

Blom, B, Morén S & Nygren L (2006) – *Kunskap i socialt arbete*, Natur och Kultur Stockholm

Chamberlain, P. (1990) *Comparative Evaluation of Specialized Foster Care for Seriously Delinquent Youths: A First Step Community Alternatives International Journal of Family Care* www.mtfc.com/journal_articles.html hämtad 2008 - 12 - 12

Chamberlain, P., Fisher, P.A., & Moore, K, J. (2002). Multidimensional Treatment Foster families. I J.B Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Red) *Antisocial behavior in children: Developmental theories and models for intervention* (pp. 203-218). Washington, DC: American Psychological Association.

Chamberlain, P. (2003). *The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model: Features, outcomes, and progress in dissemination*. In S. Schoenwald & S. Henggeler (Series Eds.), *Moving evidence-based treatments from the laboratory into clinical practice*. Cognitive and Behavioral Practice, 10(4), 303-312.

Chamberlain, P. (2003). *Treating chronic juvenile offenders: Advances made through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model*. Washington, DC: American Psychological Association.

Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P.A., & Stoolmiller, M. (2006). *Who disrupts from placement in foster and kinship care?* Child Abuse and Neglect, 30, 409-424.

Egelund., T & Vitus. K., (2007). *Sammanbrud i anbringelser af unge: Risikofaktorer hos unge, föräldre, anbringelsessteder og i sagsbehandlingen*. Köpenhamn.

Ferrer – Wreder, L., Stattin, H., Lorente C. C., Tubman, J. G., & Adamson L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Hansson, K., Olsson, M., Balldin, T., Kristofferson, R., Schüller, P. (2001). Multidimensional treatment foster care: Ett nytt sätt att arbeta med fosterhem, *Socionomen*, 2, 40-45.

Kyhle Westermark, P. Hansson, K. & Vinnerljung, B. (2007 in press) *Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) prevent breakdown in Foster Care?* www.mtfc.com/journal_articles.html hämtat 2009 - 03 - 12

Hansson, K (2004). *Familjebehandling på goda grunder – en forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.

Körner, Svante & Wahlgren, Lars (2005) - *Statistiska metoder*, Studentlitteratur Lund

Lagerberg., D & Sundelin, C., (2003). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Gothia.

Levin, C & Lindén, G. (2006) *Psykologi och socialt arbete: I Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H, Socialt arbete – En grundbok*. Stockholm: Natur och kultur

Olson, Hardy & Pettitt Bill (1999) *Familjeterapilexikon – Med betoning på systemiska och interaktionistiska idéer*. Göteborg: Bokförlaget Korpen

Sallnäs, M., Vinnerljung, B., Westermark Kyhle, P. (2004): *Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care*. Child and Family Social Work 2004, 9,

Smith, D. K. (2004). Risk, reinforcement, retention in treatment, and reoffending for boys and girls in multidimensional treatment foster care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 38-48.

Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle - Westermark, P. (2001), *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*, Stockholm, Modin-Tryck AB

Vinnerljung, B (2006) *Fosterhemsvård*. I V. Denvall, B. Vinnerljung (Red.), *Nytta och fördärv: Socialt arbete i kritisk belysning*. Stockholm: Natur och Kultur

Wallén, G., *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*, 2:a upplagan, 1996, Studentlitteratur: Lund

Werner, E & Smith, R. (2003) *Att växa mot alla odds. Från födelse till vuxenliv*. Stockholm: Edita Nordstedts tryckeri.

Riksdagens Revisorer: *Familjehemsvården*. Rapport 2001/02:16.

Riksdagens revisorers hemsida, förslag till riksdagen 2002/03:RR8

<http://www2.riksdagen.se/internet/rr-web.nsf> 2008-12-10

Socialstyrelsen, (SoS-rapport 1995:9), *Sammanbrott i familjehem*, Stockholm, Gotab

Socialstyrelsen (2006) Social rapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (Statistik Socialtjänsten 2008:9) Barn och unga – insatser år 2007

MTFC (2007). History of MTFC. Hämtat 2008-11-20 från <http://www.mtfc.com>.

Negativa beteenden		2007-02-08	2007-02-08	2007-02-10	2007-02-11	2007-02-12	
Beteende							
1. argt. menar emot, svarar emot föräldrar och andra vuxna		0	0	0	0	0	0
2. sängvålture, kissar på sig, kladdar med avföring, smulsar ner sig		0	0	0	0	0	0
3. klagar, är lättirriterad eller negativ, sur eller tjung, gnallar		0	0	0	0	0	0
4. gråter		0	0	0	0	0	0
5. matvägrar eller äter för mycket		1	0	1	1	1	1
6. är ängslig eller sorgsen		0	0	0	0	0	0
7. distansös i kroppskontakt, klänger		0	0	0	0	0	0
8. slår, sparkar eller biter andra		0	0	0	0	0	0
9. hular eller är hotfull		0	0	0	0	0	0
10. dominerar, styr och ställer		0	0	0	0	0	0
11. är hyperaktiv eller högljudd, springer omkring		0	0	0	0	0	0
12. är överksam, kommer inte igång		1	1	0	0	0	0
13. avbryter vuxna och kräver uppmärksamhet		0	0	0	0	0	0
14. lämnar en arbetsuppgift halvfärdig eller dåligt utförd		0	0	0	0	0	0
15. luger berättar inte hela sanningen eller bryter löften		0	0	0	0	0	0
16. är trotsig och följer inte regler		0	0	0	0	0	0
17. grälar, ratar andra elever, provocerar		0	0	0	0	0	0
18. vägrar ta konsekvenser		0	0	0	0	0	0
19. uppträder barnsligt för sin ålder		0	0	0	0	0	0
20. skadar sig själv (tår av hår osv)		0	0	0	0	0	0
21. skäller och tar raseriutbrott		0	0	0	0	0	0
22. kommer inte till		0	0	0	0	0	0
23. är destruktiv (förstör tillhörigheter), vandalförar		0	0	0	0	0	0
24. stjäl		0	0	0	0	0	0
25. rymmer		0	0	0	0	0	0
	Summa	1					

Avhört

Journal Digital

Journalanteckningar

0 = Stämmer ej (rävitt Du vet)
 1 = Stämmer någorlunda eller ibland
 2 = Stämmer mycket bra eller ofta

Positiva beteenden	2007-02-08	2007-02-09	2007-02-10	2007-02-11	2007-02-12	0-2
Beteende						
1. accepterar beivringar på ett bra sätt	2	2	2	2	2	2
2. accepterar gränser	2	2	2	2	2	2
3. ger tips mot andra, villig att dela med sig	2	2	2	2	2	2
4. villig att rätta sig efter krav och regler	2	2	2	2	2	2
5. gör läxor utan att skjuta upp det	2	2	2	2	2	2
6. har ett trevligt sätt, delar medkänsla med andra, säger bra saker	2	2	2	2	2	2
7. får arbetsuppgifter gjorda i tid, sätter igång själv	2	1	2	1	2	1
8. funderar om för personalen var han/hon tänker gå	2	2	2	2	2	2
9. söker bra med skolkamrater	2	2	2	2	2	2
10. är angelägen om att komma i tid	2	2	2	2	2	2
11. visar glädje och belågenhet, ler mycket och skrattar	1	2	2	2	2	2
12. visar tillgivenhet genom att söka kroppskontakt	0	0	0	0	0	0
13. visar intresse för skolarbete	2	2	2	2	2	2
14. tar hänsyn till andra människors känslor	2	2	2	2	2	2
15. erbjuder att hjälpa till frivilligt	2	2	2	2	2	2
16. väntar på sin tur och lyssnar på vad andra säger	2	2	2	2	2	2
17. visar sanning vid konfrontation	2	2	2	2	2	2
18. håller kläder rena	2	2	2	2	2	2
19. trevligt språk	2	2	2	2	2	2
20. äter mat utan att pata och kasta maten	2	2	2	2	2	2
21. är glad och positiv	1	1	2	2	2	2
22. är lugn	2	2	2	2	2	2
23. går tigger sig utan bråk och gnäll	2	2	2	2	2	2
24. sätter upp utan bråk och gnäll	2	2	2	2	2	2
25. stödar undan efter sig	2	2	2	2	2	2
Summa	47					